

# 賃貸借保証委託申込書 (法人用)

申込日 平成 年 月 日  
 入居予定日 平成 年 月 日

申込者確認日時 日 :  
 保証人確認日時 日 :

FAX 079-283-3552



お客様窓口 079-283-3553  
 兵庫県姫路市本町220 周東ビル301

取扱業者名		担当者	
仲介業者名		<input type="checkbox"/> 新規申込 <input type="checkbox"/> 既存申込	
保証プラン	スタンダード (住居用物件)	ビジネス (事業用物件)	駐車場保証
	<input type="checkbox"/> 保証人あり	<input type="checkbox"/> 保証人あり	<input type="checkbox"/> 保証人あり
	<input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人なし	<input type="checkbox"/> 保証人なし

Eプラス(オプション) 原状回復 早期解約違約金 解約通知義務違反金  
※スタンダード及び学生保証のみ利用可能

物件	物件名	号室
	所在地	

賃貸条件	家賃	円	敷金	円	賃貸借委託保証料
	駐車場	円	礼金	円	
	共益費	円	敷引・償却	円	
	自治会費	円	月額保証対象額(賃料等合計額)		円
		円		円	

※更新期間は1年毎、更新保証料は住居専用物件一律8,000円、事業用物件一律10,000円です。  
 ※駐車場保証及びレンタルBOX保証は更新はございません。  
 ※駐車場保証のお申込みの場合、必ず下記記載をお願いします。

車	車種	ナンバー
	メーカー	名義人

※ビジネス(事業用物件)のお申込みの場合、必ず下記記載をお願いします。

用途	<input type="checkbox"/> 事務所 <input type="checkbox"/> 店舗 <input type="checkbox"/> ( )	事業	<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 支店開設 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> ( )
開業資金予定額	円	内訳	自己資金 借入金

※本申込によって取得した個人情報については別紙『個人情報の取り扱いに関する同意事項』をご確認、同意の上お申込み下さい。  
 ※お申込に関して当社所定の審査がございます。記載内容確認の為、申込人・勤務先・連帯保証人(予定者)に確認のご連絡を致します。又、審査の結果、ご希望に添えないこともございます。なお、審査の結果、内容についてのお問合せ、ご質問についてはご回答致しかねますので予めご了承ください。(勤務先確認連絡について、社会保険証のコピーを添付して頂いた場合、在籍確認は省かせて頂きます。)  
 ○必要書類に関して: 商業登記簿謄本写し(3ヶ月以内のもの)及び連帯保証人予定者の本人確認書類と、契約時に印鑑証明書写しが必要となります。又、別途書類をご依頼させて頂く場合がございますので予めご了承ください。

申込者	フリガナ			設立(西暦)	年 月 日	
	法人名					
	所在地	〒				
	TEL	( ) -	代表者名			
	FAX	( ) -	代表者 携帯電話	( ) -		
	代表者 住所			代表者 生年月日	年 月 日	
	資本金	万円	年商	万円	契約理由	<input type="checkbox"/> 新規事業 <input type="checkbox"/> 支店開設 <input type="checkbox"/> 移転 <input type="checkbox"/> ( )
	業種		従業員数	人	契約担当者:	
					連絡先:	- -

※審査基準によって代表者様以外の連帯保証人様をお願いする場合がございます。

連帯保証人	フリガナ	性別	生年月日(西暦)	年齢
	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日	才
	現住所	〒		
	自宅電話	( ) -	続柄	居住年数
	携帯電話	( ) -	<input type="checkbox"/> 自己所有 <input type="checkbox"/> 家族所有(名義人: ) <input type="checkbox"/> 賃貸	年
	フリガナ	職種	勤続年数	手取月収
	勤務先名		年 月	万円
	所在地	〒	雇用形態	<input type="checkbox"/> 正社員 <input type="checkbox"/> 自営 <input type="checkbox"/> アルバイト <input type="checkbox"/> ( )
	勤務先電話	( ) -	保険種類	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> ( )

入居者	フリガナ	続柄	携帯番号
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日
	フリガナ	続柄	携帯番号
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日
	フリガナ	続柄	携帯番号
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日
	フリガナ	続柄	携帯番号
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日
	フリガナ	続柄	携帯番号
	氏名	( ) -	生年月日 年 月 日

※入居者様が代表者様及び連帯保証人様以外の方の場合、入居者様の別世帯の緊急連絡先を記載して下さい。

緊急連絡先	フリガナ	続柄	住所
	氏名		
	自宅電話	( ) -	携帯電話 ( ) -